

Universidad Nacional de San Martín

FACULTAD DE OBSTETRICIA



“Colpitis en Gestantes atendidas en el Hospital Provincial No. 2 Yarinacocha Pucallpa 1993 - 1994”

TESIS

Para Optar el Título Profesional de

OBSTETRIZ

Tesistas :

Bach. Lidmer Ramírez Navarro

Bach. Giovana Vergara Paredes

Asesores:

Dr. Nestor Estacio Pino

Microb. Heriberto Arévalo Ramírez

Tarapoto - Perú

1,995

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

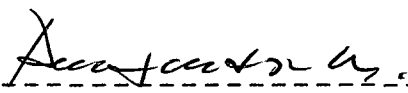
"COLPITIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL Nº 2 YARINACocha -
PUCALLPA 1993 - 1994"

TESISTAS:

Bach. Lidmer Ramírez Navarro

Bach. Giovana Vergara Paredes

JURADO CALIFICADOR:



Dr. AUGUSTO LLONTOP CHUMIOQUE
PRESIDENTE



Dr. ADÁN GRANDA GRANDA
MIEMBRO



Dr. RAUL MEDINA FLORES
MIEMBRO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

"COLPITIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL Nº 2 YARINACocha -
PUCALLPA 1993 - 1994"

TESISTAS:

Bach. Lidmer Ramírez Navarro

Bach. Giovana Vergara Paredes


ASESORES:



Dr. NESTOR ESTACIO P



Microb. HERIBERTO AREVALO R.



Lic. Estad. JOSE L. RAMIREZ DEL A.

DEDICATORIA

Con amor y gratitud a
mis queridos padres :
OSWALDO Y ORFELINDA por
su abnegado empeño y
constante apoyo durante
mi formación profesional

A mis hermanos:
EDINSON, ROGER y espe-
cialmente a **DIOMAR** por
su apoyo moral en cada
instante para la
culminación de una de
mis metas.

Con mucho cariño a
ALPINO por su apoyo
moral y comprensión
en los instantes
difíciles de mi ca-
rrera profesional.

DEDICATORIA

Con cariño y amor a
mis queridos padres:
JUAN R. y MARTHA por
brindarme su apoyo de-
sinteresado en todo
momento para la culmi-
nación de uno de mis
ideales.

A mis queridos her-
manos: **RAQUEL, JUAN
CARLOS e ISABEL** y a mi
abuelita **MARGARITA** por
su apoyo moral y
espiritual para el
logro de éste objetivo

Con cariño para **JULIO
HUMBERTO** por su valiosa
colaboración y compren-
sión para la culminación
de mi profesión.

GIOVANA

AGRADECIMIENTO

- Agradecemos a la Dirección del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha, Pucallpa, por la colaboración prestada en la realización de este trabajo durante nuestro internado.
- Un especial agradecimiento al Dr. **ABNER ORTIZ ROCCA**, Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha, Pucallpa por su excelente iniciativa y apoyo desinteresado en la ejecución de este trabajo.
- A nuestros asesores, profesores de la UNSM, al Dr. **NESTOR ESTACIO PINO**, Microb. **HERIBERTO AREVALO RAMÍREZ** y Lic. en Estad. **JOSE LUIS RAMIREZ DEL AGUILA** por el empeño y apoyo desinteresado para la realización de esta tesis.
- Al Dr. **NICANOR REYES PRETTEL**, médico del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico por su valiosa colaboración.
- Al personal del Laboratorio del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha y en especial al Microb. **EDGAR GUERRERO B.** por el apoyo brindado en el procesamiento de las muestras en estudio.
- A nuestra compañera de internado **MARIA CONSUELO DEL AGUILA** y **EDWAR VILLACORTA**, por el constante apoyo brindado para la culminación del presente trabajo.
- A los Docentes de la Facultad de Obstetricia de la UNSM por las enseñanzas brindadas durante nuestra formación profesional.

Las Autoras

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION	8
II. OBJETIVOS	13
III. MATERIAL Y METODOS	14
IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES	18
V. CONCLUSIONES	48
VI. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	49
VII. RESUMEN	50
VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
IX. ANEXOS	
ANEXO 1	60
ANEXO 2	61

I. INTRODUCCION

La colpitis constituye una de las causas más frecuentes de consultas ginecológicas; es una enfermedad transmitida sexualmente, pues éste es el modo más habitual de infección.(11, 30)

Para entender y tratar con buenos resultados la colpitis, es importante estar familiarizado con la microflora residente en la vagina sana (34); ya que normalmente la mujer adulta posee gran cantidad de bacilos de Döderlein que tienen como función convertir el glucógeno de las células vaginales descamadas en ácido láctico, acidificando la vagina y ejerciendo una autodepuración.(2, 13, 17)

La colpitis es una infección de la mucosa vulvar o vaginal con o sin compromiso de uretra o cérvix y se caracteriza por la siguiente sintomatología: flujo vaginal anormal, dolor, disuria, dispareunia, prurito vulvar, marcado olor vaginal, entre otros (7). Las causas infecciosas del flujo vaginal abarcan desde los virus hasta los protozoos, incluyendo las bacterias y los hongos, es decir, por la compleja y variada microflora existente en la vagina. (6)

La colpitis es una infección común que se asocia con el embarazo, siendo los tres tipos más comunes durante este período, la candidiasis, la trichomoniasis y la

vaginosis bacteriana. (2,14,19,33,37,38,40).

Las infecciones por *Candida* son más frecuentes, esto se atribuye a los cambios en las concentraciones hormonales. Los elevados niveles de estrógeno producen un epitelio vaginal rico en glucógeno, que provee los azúcares necesarios para el crecimiento fúngico; este microorganismo se desarrolla cuando el pH vaginal es menos ácido (5.5 a 6.8).(11,14).

Según GARNER y KAUFMAN citados por GLEICHER (Argentina) en 1981 reportan que las infecciones por *Candida* son 10 a 20 veces más comunes durante el embarazo.(14)

En Lima, la frecuencia de *Candida* durante el embarazo ha aumentado encontrándose en 7-20% de mujeres no gestantes y 20-50% en embarazadas (26), portando sintomatología clínica, dispareunia, disuria, irritación y eritema de la zona vulvo-vaginal.(14,15)

JF. GARCIA y Col, (Barcelona) en 1992, en un estudio de 150 pacientes encontraron que 38.67% tuvieron *Candida albicans*, (12). Sin embargo ANTONIO WONG citado por CANDIOTTI (1993), reporta que *Candida albicans* es la causa más frecuente de la colpitis en más del 80% de los casos.(7)

En investigaciones realizadas de la flora fúngica de la vagina y zonas relacionadas (cérvix, uretra, perineo y recto), en 330 mujeres nigerianas, encontraron que *Candida albicans* fue la más frecuente (63% en embarazadas y 44.8% en las no embarazadas (5). También en un estudio realizado en centros asistenciales de la ciudad de Tarapoto, en 122 pacientes con leucorrea nos reporta un 34.4% de *Candida albicans*.(27)

La vaginosis bacteriana es conocida también como vaginitis inespecífica, vaginitis por *Gardnerella vaginalis* y vaginitis asociada a *Gardnerella vaginalis*, (6). Más de la mitad de todas las mujeres con vaginosis bacteriana no tienen síntomas (42). En otro estudio se reporta que el 5% de mujeres no tienen síntomas ginecológicos y un 25% sí presentan (25). Los síntomas más comunes de esta enfermedad son: el flujo vaginal, de color blanco grisáceo, espumosa, olor desagradable, prurito moderado, el mal olor se intensifica después del coito, al examen se nota poca inflamación de la mucosa vaginal.(14)

La vaginosis bacteriana es la causa primaria de flujo vaginal anormal en mujeres en edad reproductiva; hay una alteración de la flora demostrable tanto microbiológicamente como químicamente. El pH vaginal en esta infección es >4.5 , (6,9,14,43).

GARDNER y Mc CUE citados por ROY, M; en 1991, nos reportan un 41% de vaginosis bacteriana y 36% respectivamente,(34). Mientras J.F. GARCIA y Col. reportan una incidencia de 20.6% de vaginosis bacteriana,(12).

En estudios epidemiológicos, por lo menos del 20 a 30% de todas las mujeres con colpitis tienen vaginosis bacteriana y está relacionada a diversas enfermedades y condiciones urogenitales. Dentro de las enfermedades ginecológicas tenemos el flujo vaginal anormal, displasia cervical, cervicitis mucopurulenta, endometritis no puerperal, enfermedad pélvica inflamatoria. Además tenemos las complicaciones obstétricas: corioamnionitis, endometritis post parto, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas (RPM), (20,21,22,23,24,32).

Aún se requiere mucha investigación para llegar a entender cabalmente el síndrome que, en nuestro medio, se encuentra presente entre la tercera y la cuarta parte de las mujeres que consultan por flujo vaginal e incluso, en una cierta proporción de las asintomáticas.(14)

La trichomoniasis es una infección producida por un protozooario, cuyo único huésped conocido es el ser humano. Suele encontrarse durante los años fértiles, y además no sólo puede infectar la vagina, sino

también las vías urinarias bajas (4,13,16). Este parásito causal se adapta a diferentes condiciones biológicas del ambiente vaginal, favoreciendo la viabilidad y el crecimiento con un pH de 4.9-7.5, (28,39).

Dentro de la sintomatología que caracteriza a la trichomoniasis es el flujo vaginal amarillento o verdoso, de mal olor y espumoso, ardor, prurito en la zona vulvar y perineal, dispareunia, disuria, eritema y edema de las mucosas, (8,18,26,29).

La incidencia media de la trichomoniasis, según estudios efectuados en Africa, Asia y América Latina es de 19%, 11% y 12% respectivamente, (10). Cabe mencionar el estudio realizado en esta localidad donde se encontró que el 20.5% de infección vaginal es por *Trichomona vaginalis*, (27).

Está claro que existen otras causas y todavía estamos por descubrir la etiología de muchos síndromes clínicos. Esto se debe a los escasos estudios realizados en diferentes países sobre infecciones del tracto reproductivo; por tal razón es muy poca la información que se tiene sobre las complicaciones de las infecciones comunes.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia y su relación con los factores de riesgo de la colpitis en gestantes atendidas en el Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha, Pucallpa.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia y prevalencia de colpitis durante el embarazo.
2. Identificar los principales grupos microbianos asociados a la colpitis en nuestro medio.
3. Determinar el grado de relación entre tipos de colpitis y factores de riesgo.

III. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal en el tiempo en el Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha, Pucallpa; nuestra muestra estudiada fue conformada por 365 gestantes de las cuales 256 presentaron flujo vaginal anormal.

Para tales efectos se utilizó:

3.1. Diseño de investigación:

Diseño descriptivo simple.

i ←———— M

M: Muestra en estudio

i: Información a obtener.

3.2. Población y muestra necesaria:

a.- Universo:

Todas las gestantes que acudieron a los consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha para su control pre-natal.

b.- Población accesible conocida:

Pacientes gestantes que acudieron para su control pre-natal a los consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha en el período 1993- 1994.

c.- Unidad de muestreo:

Una gestante que fue atendida en los consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha para su control pre-natal.

d.- Tipo de muestreo:

No probabilístico, circunstancial o de conveniencia.

e.- Tamaño de la muestra:

Para determinar el tamaño de muestra se tomó en cuenta los resultados obtenidos en el trabajo de tesis (27) indicando que el 61% de las gestantes presentaron la infección vaginal referida. Este indicador nos sirvió como dato para estimar el tamaño de muestra definitivo para lo cual se utilizó la siguiente fórmula (41):

$$n = \frac{pqz^2(\alpha/2)}{E^2}$$

$$n = 365.$$

3.3. Recolección de datos:

Para la recolección de la información se utilizó el método de la entrevista, utilizando un formato socio-epidemiológico. Luego, a las pacientes con flujo vaginal anormal se les tomó frotis del fondo de saco vaginal utilizando un espéculo e hisopo; éste último se colocó en un frasco con solución fisiológica al 9 % y las cuales fueron enviadas inmediatamente al laboratorio para su procesamiento. Para el estudio se emplearon los siguientes criterios clínicos, presencia de flujo vaginal claramente superior a la fisiológica, según el criterio del examinador o la paciente.

3.4. Procesamiento e Identificación:

Obtenidas las muestras de secreciones vaginales, se procesaron en el Laboratorio del Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha. La identificación de los agentes etiológicos de la colpitis, se hizo en base a las características morfológicas utilizando los métodos de:
Examen microbiológico en fresco y Gram.

3.5. Análisis e interpretación de datos:

- Se realizó un análisis descriptivo, univariante y bivalente de las diferentes características socio-epidemiológicas.

- Para determinar el grado de relación entre tipo de colpitis y los factores de riesgo se tomó en cuenta solamente a las 256 gestantes que presentaron flujo vaginal anormal, considerando características propias de la gestante, sus hábitos higiénicos y tomando como referencia algunas características sociales del cónyuge; planteándose las siguientes hipótesis:

H_0 : No existe relación o dependencia entre el tipo de colpitis y los factores de riesgo.

H_1 : Sí existe relación o dependencia entre el tipo de colpitis y los factores de riesgo.

Se utilizó la prueba no paramétrica de la Ji-cuadrado.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES:

Para efectos de determinar las **características demográficas** que influyen en la colpitis se trabajó con las 365 gestantes en estudio.

CUADRO Nº 1

COLPITIS EN GESTANTES: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	PRESENCIA DE FLUJO		AUSENCIA DE FLUJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD						
14 - 18 años	27	10.5	05	04.6	32	08.8
18 - 22 años	64	25.0	29	26.6	93	25.5
22 - 26 años	80	31.3	24	22.0	104	28.5
26 - 30 años	30	11.7	31	28.5	61	16.7
30 - 34 años	27	10.5	11	10.1	38	10.4
34 - 38 años	25	09.8	07	06.4	32	08.8
38 - 42 años	03	01.2	02	01.8	05	01.3
GRADO DE INSTRUCCION						
Analfabeta	--	----	02	01.8	02	0.5
primaria	55	21.5	22	20.2	77	21.1
secundaria	178	69.5	71	65.1	249	68.3
superior	23	09.0	14	12.9	37	10.1
ESTADO CIVIL						
Soltera	09	03.5	07	06.4	16	04.4
Conviviente	169	66.0	64	58.7	233	63.8
casada	78	30.5	38	34.9	116	31.8
PARIDAD						
0 hijos	96	37.5	22	20.2	118	32.3
1 hijo	53	20.7	27	24.8	80	21.9
2 - 3 hijos	66	25.8	42	38.5	108	29.6
4 - 5 hijos	34	13.3	11	10.1	45	12.3
≥ 6 hijos	07	02.7	07	06.4	14	03.9
TOTAL	256	100.0	109	100.0	365	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

Como se observa en el cuadro N° 1, el mayor porcentaje de las gestantes atendidas comprenden al grupo etáreo entre 22-26 años (28.5%); asimismo se encuentra la mayor incidencia de pacientes con flujo vaginal anormal (31.3%). Respecto al grado de instrucción podemos apreciar que la mayor incidencia se registra en pacientes con nivel secundario (68.3%), seguido del nivel primario con 21.1%. Cabe mencionar que los de nivel secundario presentaron mayor incidencia de flujo vaginal anormal (69.5%). En cuanto al estado civil, un 63.8% corresponden a una relación de convivencia, mientras que el 31.8% a las casadas. Un 32.3% de las gestantes manifestaron no tener ningún hijo, 3.9% refirieron tener 6 a más hijos. Respecto a las gestantes que presentaron flujo vaginal anormal, el mayor porcentaje (37.5%) se encuentran en las pacientes que manifestaron no tener ningún hijo. No se conocen otros estudios al respecto, por lo cual no se ha realizado comparación con otras bibliografías.

1.- INCIDENCIA DE COLPITIS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL N° 2 YARINACocha, PUCALLPA.

Para determinar los casos de colpitis en el Hospital Provincial N° 2 de Yarinacocha, Pucallpa, se tuvo en cuenta el total de pacientes en estudio (365), de los cuales 256 presentaron flujo vaginal anormal (70.1%) con algún tipo de esta enfermedad, la cual

representa la incidencia de colpitis durante el embarazo en pacientes del Hospital Provincial N° 2 de Yarinacocha, (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL	Nº	%
SI	256	70.1
NO	109	29.9
TOTAL	365	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

Según J.F. GARCIA y Col. en 1992 , la incidencia de los distintos tipos de colpitis varía según los diferentes estudios realizados,(12,14). Por su parte BELTRAN y Col. (3) en 1991 reportan que la incidencia de colpitis en mujeres que acudieron al consultorio de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer fue de 41.4%; posiblemente por diferencias en la población estudiada y/o los métodos microbiológicos empleados.

PREVALENCIA DE COLPITIS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL N° 2 YARINACOA, PUCALLPA.

CUADRO N° 2-A

PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL	Nº	%
SI	304	83.3
NO	61	16.7
TOTAL	365	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

En el presente estudio la prevalencia de colpitis en el Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha, Pucallpa es 83.3%, cifra elevada que es semejante con otros estudios epidemiológicos que indican la alta prevalencia de esta enfermedad y la gran cantidad de sus causas. (Cuadro Nº 2-A)

Respecto a las características demográficas son similares a las encontradas en incidencia (ver anexo 1).

CUADRO Nº 3

COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EL TIEMPO DE PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL ANORMAL (versión de la gestante).

TIEMPO DE FLUJO VAGINAL	Nº	%
Menos de 1 mes	20	7.8
De 1-3 meses	96	37.5
De 4-6 meses	53	20.7
De 7-9 meses	25	9.8
Antes de la Gestación	62	24.2
TOTAL	256	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

De las 256 gestantes que presentaron colpitis el 37.5% manifestaron tener dicha enfermedad de 1 a 3 meses, mientras que el 9.8% de 7 a 9 meses y un 24.2% antes de la gestación, (Cuadro Nº 3).

CUADRO Nº 4

COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
EL NUMERO DE CONTROL PRE-NATAL AL MOMENTO DE DETECCION
DE FLUJO VAGINAL ANORMAL.

NUMERO DE C.P.N.	Nº	%
1	181	70.7
2	41	16.0
3	23	09.0
≥4	11	04.3
TOTAL	256	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

CUADRO Nº 5

COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
TIEMPO GESTACIONAL POR TRIMESTRE.

TRIMESTRE DE GESTACION	Nº	%
Primer trimestre	50	19.5
Segundo trimestre	98	38.3
Tercer trimestre	108	42.2
TOTAL	256	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

Asimismo se observa que el 70.7% de las gestantes con flujo vaginal anormal (cuadro Nº 4) fueron detectadas en el primer control pre-natal y en menor porcentaje (4.3%) después de 4 a más controles prenatales, tomándose las respectivas muestras para el análisis microbiológico, encontrando que la mayoría de

las gestantes acudieron en el tercer trimestre de embarazo (42.2%) seguido de las del segundo trimestre con un 38.3% (Cuadro Nº 5) lo cual nos indica que la detección del tipo de colpitis no se realiza en forma oportuna, se cree que la falta de educación en la gestante sobre el momento de iniciar el control pre-natal, sea la causa principal de la detección tardía.

CUADRO Nº 6

**COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL
SEGUN SINTOMATOLOGIA**

SINTOMAS	Nº	%
Dispareunia	32	12.5
Irritación vulvo-vaginal	29	11.3
Prurito	21	8.2
Dos síntomas	103	40.3
Todos	23	8.9
Ninguno	48	18.8
TOTAL	256	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

En el presente cuadro se aprecia que el 81.2% del total de gestantes que presentaron flujo vaginal anormal tuvieron algún síntoma, siendo la de mayor repercusión la presencia de dos de ellas (40.3%). HOWARD W. y Col. (17) refieren que con la mayor parte de las infecciones vaginales, además del flujo vaginal anormal, la

paciente suele presentar irritación vulvar y prurito. Por otro lado se observa que el 18.8% de las pacientes no presentaron ningún síntoma, por lo que se puede deducir que están en inicio de la colpitis.

2.- IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES GRUPOS MICROBIANOS ASOCIADOS A LA COLPITIS.

CUADRO Nº 7

COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN GRUPOS MICROBIANOS POR DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO.

GRUPOS MICROBIANOS	Nº	%
- Bacterias	109	42.6
- Trichomona vaginalis	05	01.9
- Candida albicans	19	07.4
- Mixta	94	36.7
- E.A.D.	29	11.4
TOTAL	256	100.0

*E.A.D. : Etiología a determinar

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

De las 256 muestras de secreción vaginal tomadas de las gestantes en estudio y realizado el análisis microbiológico, se encontró que en el 88.6% se obtuvo un resultado microbiológico positivo y en un 11.4% no se observó la presencia de ningún microorganismo causal de la colpitis.

CUADRO Nº 7-A

COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN AGRUPACION MIXTA.

AGRUPACION MIXTA	Nº	%
Candida y bacterias	54	57.4
Trichomona y bacterias	26	27.7
Trichomona y Candida	1	1.1
Trichomona, bacterias y Candida	13	13.8
TOTAL	94	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

En el análisis microbiológico de las secreciones vaginales, se identificaron los siguientes microorganismos: bacterias en 42.6%, donde se identificó solamente en dos pacientes la presencia de diplococos intracelulares; no clasificando las demás bacterias por falta de cultivo, Candida albicans (7.4%); Trichomona vaginalis (1.9%) y 94 pacientes (36.7%) corresponden a asociaciones mixtas, lo cual podría tratarse de una colpitis polimicrobiana. De este grupo de pacientes (Cuadro Nº 7-A) se encontró que el 57.4% presentaron Candida albicans y bacterias, y en menor proporción Trichomona y Candida albicans que es 1.1%.

En Gran Bretaña (1994), BLACKWELL, AL y Col (5) realizaron un estudio en 401 gestantes y encontraron que el 28% tuvieron colpitis

bacteriana, el 24% candidiasis y sólo 0.15% trichomoniasis. Sin embargo, en 1992 J. F. GARCIA y col. (12) en Barcelona reportan haber encontrado la presencia de *Candida albicans* en un 38.67%, bacterias el 20.67%, seguida de *Trichomona vaginalis* (14%) y asociaciones mixtas (5.33%); además en un 15.33% no se obtuvo resultado microbiológico concluyente, lo cual corresponde a la colpitis de etiología a determinar (EAD).

Por su parte, GARDNER Y Mc CUE citados por ROY, M. en 1991 (34), en México realizaron un estudio en mujeres con flujo vaginal anormal y encontraron *Candida albicans* en el 27% y 49%; bacterias el 41% y 36%, *Trichomona vaginalis* 24% y 12% respectivamente. También REYES, N. en 1989 (31) reporta en un estudio de 254 pacientes donde los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron: *Candida albicans* (31.6%), bacterias (27.7%) y *Trichomona vaginalis* se encontró sólo un 1.87%, éste último porcentaje es similar a lo encontrado en el presente estudio. En un 29.9% de los casos no se identificó ningún microorganismo como agente causal de la colpitis.

En Argentina FLEURY, citado por GLEICHER, N. (14), en 1989, reporta que la entidad más

frecuente era la colpitis por bacterias (33%), candidiasis (20%) y trichomoniasis (10%).

Asimismo SIGNORETTI, S.M. (36) en 1984 en Brasil, encontró ocupando el primer lugar *Candida albicans* (36%), *Trichomona vaginalis* el 23%, seguida de bacterias (17%) y solamente el 8% eran asociaciones mixtas (*C. albicans* y *T. vaginalis*). Mientras que en Colombia SANCHEZ-VEGA (35) en 1993 encontraron un 14.39% de colpitis por *Candida albicans* y 3.3% de trichomoniasis.

Sin embargo, ALZATE (1) en 1987 en una serie de 584 mujeres con flujo vaginal anormal encontró colpitis por bacterias en un 34.8%, seguida por la candidiasis (9.4%) y la trichomoniasis (4.5%); hubo infecciones mixtas 7.2%.

En el presente estudio, donde la colpitis bacteriana ocupa el primer lugar, seguida de candidiasis y trichomoniasis; coinciden con las investigaciones realizadas por BLACKWELL, AL (5), GARDNER (34); FLEURY (14) y ALZATE (1). En este último autor se encuentra cierta similitud con los resultados porcentuales de nuestro estudio.

En Tarapoto en 1993, NAJAR (27) encontró que el 34.4% de las gestantes con leucorrea corresponden a infección por *Candida albicans*, bacterias (30.3%), *Trichomona vaginalis* en un 20.5% y el 14.8% corresponde a etiología no determinada. Este último resultado y los mencionados por los autores anteriormente citados (12), (31); son casi similares a lo encontrado en el presente estudio, lo cual puede atribuirse a la utilización de métodos diagnósticos habituales o a diversos factores no infecciosos.

En lo referente a colpitis mixta se encontró una cifra elevada (36.7%) en comparación con otras investigaciones tal es el caso de SIGNORETTI el 8%, J.F. GARCIA en un 5.33% y ALZATE el 7.2%, (36,12,1).

3.- FACTORES DE RIESGO EN COLPITIS.

CUADRO Nº 8

COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
CARACTERISTICAS SEXUALES DE LA GESTANTE.

CARACTERISTICAS SEXUALES	PRESENCIA DE FLUJO		AUSENCIA DE FLUJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES.						
09 - 12 años	--	----	04	03.7	04	01.1
12 - 15 años	34	13.3	11	10.1	45	12.3
15 - 18 años	146	57.0	65	59.6	211	57.8
18 - 21 años	57	22.3	25	22.9	82	22.5
21 - 24 años	19	07.4	04	03.7	23	06.3
Nº DE PAREJAS SEXUALES						
1	94	36.7	47	43.1	141	38.6
2	107	41.8	31	28.4	138	37.8
3	39	15.2	11	10.1	50	13.7
≥4	16	06.3	20	18.4	36	09.9
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES						
Diario	02	0.8	--	----	02	0.5
3 veces por semana	48	18.8	13	11.9	61	16.7
2 veces por semana	80	31.3	40	36.7	120	32.9
Semanal	69	26.9	25	22.9	94	25.8
Quincenal	30	11.7	20	18.4	50	13.7
Mensual	27	10.5	11	10.1	38	10.4
TIPO DE RELACIONES SEXUALES						
Vaginal	226	88.3	96	88.1	322	88.2
Vaginal - anal	30	11.7	13	11.9	43	11.8
TOTAL	256	100.0	109	100.0	365	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

Considerando que los posibles factores de riesgo que influyen en la colpitis, son aquellos que pueden estar relacionados con la paciente misma, persona con quien convive y los hábitos que de acuerdo a sus costumbres tiene cada persona, se obtuvo los siguientes resultados:

3.1. Según características sexuales de la gestante se encontró que la mayor incidencia de las gestantes que iniciaron su relación sexual es a partir de los 15 - 18 años de edad (57.8%), de las cuales 146, presentaron flujo vaginal anormal (57.0%). Y en menor incidencia (7.4%) las gestantes con flujo vaginal anormal iniciaron su relación sexual a la edad de 21 a 24.

Por otro lado, se observa que el mayor porcentaje (63.3%) de gestantes con flujo vaginal anormal se encuentra en aquellas que refieren haber tenido más de una pareja sexual (152 gestantes); mientras que las que tuvieron sólo una pareja representan el 36.7%, es decir, las posibilidades de contraer colpitis aumenta a mayor número de parejas. Al respecto REYES, N en 1989 (31) reporta que de 254 pacientes con vida sexual activa, de los cuales el 44.9%

fueron embarazadas y 129 (55.1%) no embarazadas, 181 es decir, el 77.5% refirieron tener una sola pareja.

Comparando con la bibliografía encontrada se observa en las gestantes con flujo vaginal anormal, mayor promiscuidad sexual, lo cual podría atribuirse al medio socio-cultural y ambiental en la cual se desenvuelven.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales se aprecia que el 77.8% de las gestantes que presentaron flujo vaginal anormal tienen mayor actividad sexual, (diario a cada semana), obteniéndose un promedio de 1.6 relaciones sexuales por semana.

Además, el 88.2% del total de gestantes atendidas realizaron coito vaginal y un 11.8% coito vaginal-anal. Resultados similares se obtuvieron en aquellas gestantes que presentaron flujo vaginal anormal, (cuadro N° 8).

CUADRO Nº 9

**COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
CARACTERISTICAS OCUPACIONALES DEL CONYUGE.**

CARACTERISTICAS DEL CONYUGE	Nº	%
OCUPACION		
- Obrero	50	19.5
- Comerciante	58	22.7
- Chofer	50	19.5
- Agricultor	48	18.8
- Empleado	16	06.3
- Militar	05	01.9
- Profesional	20	07.8
- Estudiante	09	03.5
ESTABILIDAD DE RESIDENCIA		
Viaja	80	31.3
No viaja	176	68.7
TOTAL	256	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

3.2. Según características ocupacionales del cónyuge de las gestantes con presencia de flujo vaginal anormal, el 22.7% corresponde a comerciantes, que en su mayoría fueron comercializadores de madera, seguido de obreros y choferes con 19.5% respectivamente, en menor escala a los militares, con 1.9%.

Se observa que el 68.7% tiene una residencia estable y un 31.3% no lo tienen, es decir, viajan constantemente con el consiguiente mayor riesgo de transmisión por el contacto con otras parejas durante el viaje, (cuadro Nº 9).

CUADRO Nº 10

**COLPITIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
CARACTERISTICAS DE HIGIENE GENITAL EN LAS GESTANTES
CON FLUJO VAGINAL ANORMAL.**

CARACTERISTICAS DE HIGIENE GENITAL	Nº	%
1. FORMA DE LIMPIEZA DESPUES DE NECESIDADES BIOLOGICAS		
a) Después de miccionar:		
- Hacia adelante	217	84.8
- Hacia atrás	39	15.2
B) Después de defecar:		
- Hacia adelante	30	11.7
- Hacia atrás	226	88.3
2. FORMA DE LAVADO GENITAL		
- Con baño corporal	55	21.5
- Lavado genital específico . Utilizó agua de recipiente aparte.	201	78.5
3. FRECUENCIA DE LAVADO GENITAL		
1 vez al día	73	28.5
2 veces al día	119	46.5
3 veces al día	64	25.0
4. SUSTANCIA UTILIZADA PARA EL LAVADO GENITAL		
- Jabón	217	84.8
- Varias sustancias	30	11.7
- Limón	9	3.5
TOTAL	256	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

3.3. Según características de los hábitos higiénicos de la gestante con flujo vaginal anormal, se observa referente a la forma de limpieza después de sus necesidades biológicas que el 84.8% lo realiza hacia adelante (micción), y al defecar

el 11.7% lo realiza de la misma manera, forma incorrecta por la cual arrastra los gérmenes de la región perianal hacia el introito vaginal y uretra respectivamente, con el riesgo de producir una infección vaginal o urinaria.

En cuanto a la forma del lavado de los genitales, el 78.5% manifestaron que lo realizan con agua de recipiente aparte; es decir, fuera del baño normal. En lo referente a la frecuencia del lavado genital el 71.5% refirieron que lo practican con una frecuencia de 2 a 3 veces por día, lo que se justifica por el intenso calor de la zona y las molestias del flujo vaginal. Las sustancias utilizadas para el lavado de genitales son el jabón (84.8%) y otras sustancias (11.7%) que incluyen, además del jabón, antisépticos, vegetales como piñón, malva, uvos; resinas como sangre de grado y corteza de uvos y el 3.5% utiliza el limón, (cuadro N^o 10).

DIXON-MUELLER R, en 1981 (10) refieren que en algunas culturas las mujeres se introducen raíces, hojas, jugos y otras sustancias en sus vaginas para tratar las infecciones vaginales, infertilidad, frigidez o una gama de enfermedades no ginecológicas. Estas

intervenciones pueden producir daño químico o físico a las paredes vaginales y pueden aumentar el riesgo de contraer infecciones del tracto reproductivo. Estas características se encuentran en las gestantes del presente estudio, en un 11.7%.

4. GRADO DE RELACION ENTRE TIPOS DE COLPITIS Y FACTORES DE RIESGO.

4.1. SEGUN CARACTERISTICAS PROPIAS DE LA GESTANTE

CUADRO N° 11

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LA EDAD

TIPO DE COLPITIS EDAD	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
14 - 18 años	7	6.4	2	40	2	10.5	2	6.9	14	14.9	27
18 - 22 años	23	21.1	-	--	4	21.1	7	24.2	30	31.9	64
22 - 26 años	34	31.2	-	--	4	21.1	8	27.6	34	36.2	80
26 - 30 años	18	16.5	3	60	2	10.5	-	----	7	7.4	30
30 - 34 años	16	14.7	-	--	-	----	5	17.2	6	6.4	27
34 - 38 años	11	10.1	-	--	7	36.8	5	17.2	2	2.1	25
38 - 42 años	--	----	-	--	-	----	2	6.9	1	1.1	3
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 75.06$$

$$\chi^2_{T(24, 0.55)} = 36.4$$

$$P > 0.05$$

Se encuentra que las gestantes de 22-26 años presentan mayores porcentajes de colpitis bacteriana y mixta (31.2% Y 36.2%) respectivamente, seguida por colpitis de EAD con 27.6%, (Cuadro N° 11).

GINTER Y Col. citados por CANDIOTTI encontraron en un estudio realizado, con respecto a la edad, que la presencia de infección vaginal fue significativa en las menores de 30 años (30%), en comparación a las mayores de 30 (10%). Esto sugiere que las mujeres en la tercera década de la vida son más propensas a la infección por Candida. (7). Similares resultados se encuentran en el presente estudio, con 63.2% en menores de 30 años y en las gestantes mayores de 30 años en un 36.8%, con colpitis por Candida.

En lo que respecta a trichomoniasis, ESPINOZA en 1993 refiere que la mayor frecuencia de trichomoniasis se presenta en gestantes de 15 a 20 años (14.3%), (11). Estas cifras son casi semejantes a las encontradas por Mc Cue en 1991 (12%); mientras que en el presente estudio se encuentran gestantes de 14-18 años con un 40% de trichomoniasis. Por lo que se concluye que la edad (menor de 30 años), guarda relación con la colpitis, probablemente por la actividad sexual que se presenta en esta época de la vida.

CUADRO N° 12

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON EL GRADO DE INSTRUCCION

TIPO DE COLPITIS G. I.	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Primaria	18	16.6	2	40	5	26.3	7	24.2	23	24.5	55
Secundaria	74	67.8	3	60	12	63.2	20	68.9	69	73.4	178
Superior	17	15.6	-	--	2	10.5	2	6.9	2	2.1	23
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 14.04$$

$$\chi^2_{T(2,0.55)} = 15.5$$

$$P < 0.05$$

En todos los tipos de colpitis existe un mayor porcentaje de gestantes con grado de instrucción secundaria y superior; es así que la colpitis bacteriana afecta al 83.4%, trichomoniasis a un 60%, candidiasis al 73.7%, EAD 75.8% y mixta 75.5%; en cambio en el nivel primario se presenta en menor proporción.

Es de suponer que a mayor grado de instrucción existe menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, lo que no se cumple en este estudio; es decir, el grado de instrucción no guarda relación con la tenencia de colpitis. (Cuadro N° 12).

CUADRO N° 13

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON EL ESTADO CIVIL

TIPO DE COLPITIS ESTADO CIVIL	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Soltera	2	1.8	-	--	2	10.6	--	----	5	5.3	9
Conviviente	66	60.6	2	40	10	52.6	18	62.1	73	77.6	169
Casada	41	37.6	3	60	7	36.8	11	37.9	16	17.1	78
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 18.74$$

$$\chi^2_{T(2,0.55)} = 15.5$$

$$P > 0.05$$

Se observa mayor porcentaje de colpitis en gestantes convivientes y casadas, encontrando un 98.2% de colpitis bacteriana, 94.7% en colpitis mixta. Mientras que en las gestantes solteras la colpitis bacteriana se dá en menor proporción (1.8%).

Se puede afirmar entonces, que el estado civil sí guarda relación con la colpitis. (Cuadro N° 13).

CUADRO N° 14

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LA PARIDAD

TIPO DE COLPITIS PARIDAD	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
0	38	34.9	3	60	10	52.6	4	13.8	41	43.6	96
1	23	21.1	-	--	2	10.6	10	34.5	18	19.1	53
2 - 3	30	27.5	2	40	5	26.3	9	31.0	20	21.3	66
4 - 5	16	14.7	-	--	2	10.5	4	13.8	12	12.8	34
>= 6	2	1.8	-	--	--	----	2	6.9	3	3.2	7
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{\text{obs}} = 17.52$$

$$\chi^2_{T(16, 0.55)} = 23.3$$

$$P < 0.05$$

Según el presente estudio, las gestantes nulíparas tienen mayor riesgo de contraer colpitis; habiéndose encontrado que un 60% de ellas padecieron de colpitis por *Trichomona vaginalis*, el 52.6% candidiasis. En un menor porcentaje (1.8%) se encuentra la colpitis bacteriana que se da en multíparas, no constituyendo la paridad un riesgo en la tenencia de colpitis. (Cuadro N° 14).

CUADRO N° 15

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

TIPO DE COLPITIS EDAD I.R.S.	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
12 - 15 años	11	10.1	-	--	-	----	9	31.0	14	14.9	34
15 - 18 años	48	44.0	2	40	9	47.4	16	55.2	71	75.5	146
18 - 21 años	34	31.2	3	60	7	36.8	4	13.8	9	9.6	57
21 - 24 años	16	14.7	-	--	3	15.8	-	----	--	----	19
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 56.25$$

$$\chi^2_{T(12, 0.55)} = 21.0$$

$$P > 0.05$$

Un 75.5% de gestantes con colpitis mixta, refirieron haber iniciado su vida sexual activa a partir de los 15 a 18 años. De igual modo los mayores porcentajes de los demás tipos de colpitis se dan en el mismo grupo etáreo.

En un estudio realizado en centros asistenciales de Tarapoto (27) se encontró que el inicio de relaciones sexuales se produce a partir de los 15 a 17 años (49%); mientras que en el presente estudio de los que tuvieron colpitis un 57% refirieron haber iniciado su vida sexual en las mismas edades; por lo que se puede afirmar que el inicio de relaciones sexuales guarda relación con la colpitis. (Cuadro N° 15).

CUADRO N° 16

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON EL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

TIPO DE COLPITIS NUMERO PAREJ. SEX.	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
1	41	37.6	2	40	5	26.3	9	31.1	37	39.4	94
2	34	31.2	-	--	14	73.7	20	68.9	39	41.5	107
3	23	21.1	3	60	--	----	--	----	13	13.8	39
>= 4	11	10.1	-	--	--	----	--	----	5	5.3	16
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 38.82$$

$$\chi^2_{T(12, 0.55)} = 21.0$$

$$P > 0.05$$

El 39.4% de colpitis mixta se dió en gestantes que manifestaron haber tenido una sola pareja; mientras que la colpitis por *Candida albicans* fue contraída por el 73.7% de gestantes que refirieron haber tenido más de 2 parejas; de lo que se infiere que a mayor número de parejas habidas el riesgo de adquirir colpitis por *Candida* es mayor. (Cuadro N° 16).

CUADRO N° 17

**COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE
RELACIONES SEXUALES**

TIPO DE COLPITIS FRECUENCIA DE R.S.	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Diario	--	----	-	--	-	----	-	----	2	2.1	2
3 veces por semana	23	21.1	-	--	5	26.3	7	24.1	13	13.8	48
2 veces por semana	25	22.9	2	40	12	63.2	7	24.1	34	36.2	80
Semanal	30	27.5	3	60	--	----	9	31.1	27	28.7	69
Quincenal	18	16.6	-	--	2	10.5	2	6.9	8	8.5	30
Mensual	13	11.9	-	--	--	----	4	13.8	10	10.7	27
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{\text{OBS}} = 38.05$$

$$\chi^2_{T(20, 0.55)} = 31.4$$

$$P > 0.05$$

El 100% de las gestantes con colpitis por *Trichomona vaginalis* refirieron tener relaciones sexuales de 1 a 2 veces por semana, en comparación al 89.5% de gestantes con colpitis por *Candida* que dijeron haber tenido de 2 a 3 veces por semana. De lo que se infiere que a mayor actividad sexual existe mayor riesgo de contraer una infección vaginal. (Cuadro N° 17).

CUADRO N° 18

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON EL TIPO DE RELACION SEXUAL

TIPO DE COLPITIS TIPO DE R.S.	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Vaginal	95	87.2	5	100	17	89.5	25	86.2	84	89.4	226
Vaginal - anal	14	12.8	-	---	2	10.5	4	13.8	10	10.6	30
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 1.08$$

$$\chi^2_{T(14, 0.55)} = 9.69$$

$$P < 0.05$$

El mayor porcentaje de los diferentes tipos de colpitis se adquiere mediante las relaciones sexuales por vagina; siendo no significativo el tipo de coito en la tenencia de la enfermedad. Se infiere entonces que el tipo de relación sexual no influye en la adquisición de algún tipo de colpitis por parte de la gestante; esto se debería porque el 88.3% correspondieron a pacientes con relaciones sexuales por vagina. (Cuadro N° 18).

4.2. SEGUN CARACTERISTICAS OCUPACIONALES DEL CONYUGE

CUADRO N° 19

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LA OCUPACION DEL CONYUGE

TIPO DE COLPITIS OCUPACION	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Obrero	14	12.8	2	40	7	36.8	9	31.0	18	19.1	50
Comerciante	32	29.4	-	--	5	26.4	-	----	21	22.3	58
Chofer	20	18.3	3	60	7	36.8	9	31.0	11	11.8	50
Agricultor	23	21.1	-	--	-	----	7	24.2	18	19.1	48
Empleado	7	6.5	-	--	-	----	-	----	9	9.7	16
Militar	--	----	-	--	-	----	2	6.9	3	3.2	5
Profesional	11	10.1	-	--	-	----	2	6.9	7	7.4	20
Estudiante	2	1.8	-	--	-	----	-	----	7	7.4	9
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 64.97$$

$$\chi^2_{T(22, 0.55)} = 41.2$$

$$P > 0.05$$

Los mayores porcentajes de los diferentes tipos de colpitis se dieron en gestantes cuyas parejas son obreros, comerciantes, choferes y agricultores; habiéndose obtenido los siguientes resultados: 100% en colpitis por *T. vaginalis* y *C. albicans*, seguida de los demás tipos. (Cuadro N° 19). Por lo que se concluye que la ocupación del cónyuge guarda relación con la colpitis.



CUADRO N° 20

**COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LA ESTABILIDAD DE
RESIDENCIA DEL CONYUGE**

TIPO DE COLPITIS ESTAB. DE RESID.	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Viaja	23	21.1	2	40	14	73.7	7	24.1	34	36.2	80
No viaja	86	78.9	3	60	5	26.3	22	75.9	60	63.8	176
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$\chi^2_{OBS} = 23.05$$

$$\chi^2_{T(14, 0.55)} = 9.49$$

$$P > 0.05$$

Referente a la estabilidad de residencia (Cuadro N° 20), el 73.7% de las gestantes cuyos cónyuges viajan constantemente padecen colpitis por Candida albicans, mientras que aquellas cuyos cónyuges no viajan, el 78.9% tuvieron colpitis bacteriana. Siendo significativo la estabilidad de residencia del cónyuge en la adquisición de esta enfermedad.

4.3 SEGUN CARACTERISTICAS DE LOS HABITOS HIGIENICOS DE LAS GESTANTES.

CUADRO N° 21

COLPITIS EN GESTANTES: TIPO DE COLPITIS Y SU RELACION CON LAS CARACTERISTICAS DE HIGIENE
EN LAS GESTANTES CON FLUJO VAGINAL ANORMAL

TIPO DE COLPITIS HIGIENE GENITAL	BACTERIANA		TRICHOMONA		CANDIDA		EAD		MIXTA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
1) FORMA DE LIMPIEZA DESPUES DE NECESIDADES BIOLOGICAS											
a) Después de miccionar											
- Hacia adelante	100	91.7	5	100	14	73.7	25	86.2	73	77.7	217
- Hacia atrás	9	8.3	-	---	5	26.3	4	13.8	21	22.3	39
b) Después de defecar											
- Hacia adelante	5	4.6	-	---	-	---	9	31.0	16	17.0	30
- Hacia atrás	104	95.4	5	100	19	100	20	69.0	78	83.0	226
2) FORMA DE LAVADO GENITAL											
- Con baño corporal	32	29.4	-	---	-	---	13	44.8	10	10.6	55
- Lavado genital específico											
Utiliza agua de recipiente aparte	77	70.6	5	100	19	100	16	55.2	84	89.4	201
3) FRECUENCIA DEL LAVADO GENITAL											
- 1 vez al día	31	28.4	3	60	-	---	11	37.9	28	29.8	73
- 2 veces al día	48	44.1	2	40	10	52.6	13	44.8	46	48.9	119
- 3 veces al día	30	27.5	-	---	9	47.4	5	17.3	20	21.3	64
4) SUSTANCIA UTILIZADA PARA EL LAVADO GENITAL											
- Jabón	107	98.2	3	60	16	84.2	18	62.1	73	77.7	217
- Limón	---	---	2	40	-	---	2	6.9	5	5.3	9
- Varias sustancias	2	1.8	-	---	3	15.8	9	31.0	16	17.0	30
TOTAL	109	100	5	100	19	100	29	100	94	100	256

$$1. \chi^2_{OBS} = 10.84 \quad \chi^2_{T(4,095)} = 7.4 \quad P > 0.05$$

$$2. \chi^2_{OBS} = 58.32 \quad \chi^2_{T(4,095)} = 7.4 \quad P > 0.05$$

$$3. \chi^2_{OBS} = 26.47 \quad \chi^2_{T(4,095)} = 7.4 \quad P > 0.05$$

$$4. \chi^2_{OBS} = 15.13 \quad \chi^2_{T(8,095)} = 15.5 \quad P < 0.05$$

$$5. \chi^2_{OBS} = 51.14 \quad \chi^2_{T(8,095)} = 15.5 \quad P > 0.05$$

En el cuadro N° 21 se observa, con respecto
a la forma de limpieza de los genitales,

que después de miccionar la mayoría de gestantes lo realizan incorrectamente (hacia adelante) encontrando las mayores cifras en colpitis por *Trichomona vaginalis* (100%) seguida de colpitis bacteriana (91.7%).

Asimismo, después de defecar el 31% con colpitis de EAD lo realizan de la misma forma.

En cuanto a la forma del lavado genital, el 100% de gestantes con colpitis por *Candida* y colpitis por *Trichomona* lo realizan con agua de recipiente aparte, como los demás tipos de colpitis.

Por lo antes mencionado, éstos guardan relación con la colpitis por las posibilidades de contacto al arrastrar gérmenes, *Candida* y otros microorganismos de la región anal y perineal a la vagina. La frecuencia del lavado genital no guarda relación con la colpitis, posiblemente porque no se ha establecido el número y la técnica adecuada de lavarse los genitales. La sustancia más utilizada para el lavado de los genitales es el jabón, para todos los tipos de colpitis; siendo significativo en la tenencia de la colpitis.

V. CONCLUSIONES

1. La incidencia de colpitis durante el embarazo en el Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha, Pucallpa es 70.1% con una prevalencia del 83.3%.
2. La colpitis bacteriana es la más predominante en el estudio con 42.6%, seguida de la colpitis mixta con 36.7%, colpitis por *Candida albicans* un 7.4% y sólo 1.9% de colpitis por *Trichomona vaginalis*.

En el 11.4% de gestantes no se observó la presencia de ningún microorganismo causal de la colpitis, aduciendo ese porcentaje a causas desconocidas por falta de medios diagnósticos y otros.

3. Los factores de riesgo que tuvieron relación o dependencia con los tipos de colpitis fueron: edad, estado civil, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, ocupación del cónyuge, estabilidad de residencia del cónyuge, forma de limpieza después de sus necesidades biológicas, la forma del lavado genital y finalmente sustancia utilizada para el lavado genital.
4. No se realiza la detección del tipo de colpitis en forma oportuna, por la forma tardía en que acude la gestante a su control pre natal y por ende haciendo ineficaz un buen control pre natal.

VI. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Observando los resultados de los diagnósticos microbiológicos con respecto a colpitis de etiología no determinada (EAD), sugerimos ampliar para nuevos estudios los medios diagnósticos como cultivos de secreción vaginal, cultivo endocervical, pruebas de inmunofluorescencia, con la intención de captar mayores casos de colpitis que se encuentra en la consulta obstétrica; y así cubrir las necesidades diagnósticas en forma más aceptable.
2. Recomendamos tomar el análisis de secreción vaginal como rutina en las gestantes que presentan sintomatología clínica en el momento del control pre-natal, a fin de que infecciones vaginales no pasen desapercibidas. Asimismo formar conciencia en las gestantes de la necesidad del control pre-natal desde el inicio del embarazo.
3. Con respecto a la higiene femenina, recomendamos no utilizar productos farmacéuticos; también vegetales, resinas y otros que normalmente suelen usar algunas mujeres; de igual manera las duchas vaginales, ya que son sustancias nocivas que alteran la flora normal de la vagina.
4. Sugerimos se realicen nuevos estudios en gestantes, dado que existe poca información en este grupo de pacientes, lo cual limita realizar discusiones comparativas.

VII. RESUMEN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Provincial N° 2 de Yarinacocha, Pucallpa; en el periodo comprendido 1,993 - 1,994.

Las gestantes en estudio fueron captadas cuando asistían a su control pre-natal. La muestra estudiada fue 365 gestantes, de las cuales 256 tuvieron la presencia de flujo vaginal anormal; encontrándose la incidencia de colpitis durante el embarazo de 70.1% y una prevalencia de 83.3%.

Dentro de las características demográficas se encontró que las gestantes con flujo vaginal anormal están en el grupo etáreo de 22-26 años, con grado de instrucción secundaria, estado civil conviviente y nulíparas.

De las gestantes que presentaron flujo vaginal anormal el 81.2% tuvieron alguna sintomatología.

Realizado el análisis microbiológico, se obtuvo un resultado positivo en el 88.6% de gestantes, siendo la colpitis bacteriana (42.6%) más predominante. No se observó la presencia de ningún microorganismo causal de colpitis en 11.4%.

Las gestantes con flujo vaginal anormal iniciaron su relación sexual a partir de 15 a 18 años (57%), refirieron haber tenido más de una pareja sexual (63.3%) y 77.8% tuvieron mayor actividad sexual.

Referente a los hábitos higiénicos el 84.8% lo realiza hacia adelante (micción).

Los factores de riesgo que tuvieron relación con los tipos de colpitis fueron: edad, estado civil, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones, ocupación del cónyuge y otros.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALZATE, L. M.; DIAZ GONZALEZ, F.: Flujo Vaginal: Etiología en una Unidad Intermedia de Salud. Biomédica (Bogotá). 1987. Doc 7(3/4):95-9.
2. ANGEL, G. M.: Interpretación Clínica del Laboratorio. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana Ltda. Bogotá-Colombia. 1993. Pag. 254-259.
3. BELTRAN DE E.M; ARAGAKI, A y Otros: Resúmenes V Congreso Panamericano de Infectología. Lima-Perú. 1991. Pag. 85.
4. BENSON, RALPH. C.: Diagnóstico y tratamiento gineco Obstétricos. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno S.A de C. V. Mexico. D.F. 1982. Pag. 156-151.
5. BLACKWELL AL; THOMAS PD, y Otros: Aumento de Salud por Exámenes para Infección del Sistema Genital Inferior en Mujeres Atendidas para Terminación del Embarazo. Gran Bretaña. 1994. Doc. 255(06); P162-55.
6. BOTERO, U. J.; JUBIZ H. A. y HENAO G.: Obstetricia y Ginecología. Cuarta Edición. Editorial Copyright C. Colombia. 1990. Pag. 513-520.
7. CANDIOTTI, VERA. J.: Medicina al Día. Volumen 2. No 3 Lima - Perú. 1993. Pag. 17 - 20.

8. COTH, MF.: **Predictores Demográficos y Funcionales de Infección de Trichomona Vaginales entre Mujeres Gestantes.** Obstetrics e Gynecology. U.S.A. 1991. Doc. 16(7); p320-6.
9. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU EN AMERICA. **Enfermedades de Transmisión Sexual. Pautas de Tratamiento.** U.S.A. 1989. Pag. 48.
10. DIXON - MUELLER R, Ph. d y WASSERHEIT. J. M. D.: **Infecciones del Tracto Reproductivo entre Mujeres del Tercer Mundo.** Rev. Cultura del Silencio-Coalición Internacional Para la Salud de las Mujeres. Nueva York. E.U.A. 1991. pag. 21.
11. ESPINOZA, C. A.; VILLANUEVA, A. MENDOZA.: **Trichomoniasis en Mujeres que acuden al Centro de Bienestar Familiar de Ica.** Resúmenes congreso de Parasitología. Perú. 1993. Pag. 119.
12. GARCIA, J.F; SCHNEIDER, J. y Otros: **Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.** Vol. 19. Nº 8. Ediciones DOYMA S.A. Barcelona. 1992. Pag. 35 - 38.
13. GILLES R. G.; MONIF M. D.: **Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología.** Segunda Edición. Salvat. España. Editores. 1979. Pag. 530 - 551.

14. GLEICHER, Norbert.: **Medicina Clínica en Obstetricia.** Editorial Médica Panamericana Argentina. 1989. Pag 732-735.
15. GORI, Roberto M.: **Ginecología.** Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 1989. Pag. 172 - 179.
16. HEIHE P; Mc GREGOR J. A.: **Trichomonas Vaginalis: Un patógeno Reemergente.** Clinical Obstetrics and Gynecology. EE.UU. 1993. Doc. 32(6-7); p65-68.
17. HOWARD W.; JONES, Jr. y SEEGEAR J.G.: **Tratado de Ginecología de NOVAK.** Décima Edición. Editorial Interamericana. México.1984. Pag.278-274.
18. JAMES JA; THOMASON JL y Otros: **Esta la Trichomoniasis asociada frecuentemente con vaginosis bacterial en adolescentes embarazadas?** Am-J-Obstet-Gynecol. U.S.A. 1993. Doc 166(3). p 859-63.
19. KENT H. L.: **Epidemiología de la Vaginitis.** Am-J-Obstet-Gynecol. U.S.A. 1991. Doc. 165(4P+2); p. 1168-76.
20. KIM M. DAVIDSON, MD.: **Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Epidemiología de la Rotura Prematura de Membranas.** Volumen 4. Universidad de Florida. EE.UU. 1986. Pag. 685-759.

21. KROHN MA; HILLIER SL y Otros: Especie de Bacterias Vaginales son asociadas con una incrementación del promedio de Parto Pretérmino entre mujeres con dolores de Parto Pretérmino. J-Infect-Dis. EE.UU. 1991. Doc. 164(1); P. 88-93.
22. LOCKWOOD CJ; SENYEI AE y Otros: Factores de Riesgo Microbiológicos antenatales y Maternales y asociados con Prematurez. N-Engl-J-Med. U.S.A. 1991. Doc 325(10); p669-74.
23. MC DONALD HM; O'LOUGHLIN JA y Otros: Parto Prematuro. EE.UU. 1992. Doc. 7. 99(3). Pag. 190-6.
24. MC GREGOR J. A.; FRENCH J. I. y SEOK:Terapia con Adjuntiva de Clindamicina para Parto Pretérmino: Resultados de una Doble Ciega, Prueba de Placebo Controlada. Am-J-Obstet-gynecol. U.S.A. 1991. Doc 165(4 p+1); p. 867-75.
25. MEAD P. B. :Epidemiología de la Vaginosis Bacterial. American Journal of Obstetrics and Gynecology. EE.UU. 1993. Doc. 77(5); p69-6.
26. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Salud Reproductiva. Métodos y procedimientos. Lima-Perú. 1992. Pag. 125 - 130.

27. NAJAR, E; LLONTOP, A y AREVALO H.: *Trichomoniasis en gestantes atendidas en Centros Asistenciales de Tarapoto*. Tesis para optar el título de obstetriz. Peru. 1993. Pag. 9.
28. OGBONNA C. I.; OGBONNA I. B. y Otros: *Estudios sobre la Incidencia de Trichomonas Vaginalis entre Mujeres Embarazadas en el Area de Jos del Estado Plateau, Nigeria*. Angew - Parasitol. Nigeria. 1991. Doc 32(4); p 198-204.
29. PEREZ SANCHEZ A. y DONOSO SINA E.: *Obstetricia*. Segunda Edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Chile. 1992. Pag. 446 - 449.
30. QUAN M.: *Diagnóstico y manejo de Vaginitis Infecciosa*. J-Am-Board-Fam-Pract. U.S.A. 1990. Doc 3(3); p 195-205.
31. REYES NARCIO, M; SOLORZANO SANTOS, F y Otros: *Etiología de la Infección Cervicovaginal en Pacientes Embarazadas y No embarazadas*. México. 1989. Doc. 57(2): 41-6.
32. RODRIGUEZ NORIEGA, E; ANDRADE VILLANUEVA, J. F.: *Complicaciones y Repercusiones de la Vaginosi s Bacteriana*. Instituto de Patología Infecciosa y Experimental. Colombia. 1994. Pag. 26.

33. ROEX A. J.: Infecciones Ginecológicas y Estrategias para su Tratamiento. Pharmweekbl-[Scil]; U.S.A. 1990. Doc. 14; 12(6A); p. 268-74.
34. ROY M, PITKIN, MD; SCOTT, J. R. MD.: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Volumen 34. Editorial Mc.Graw-Hill. México. 1991. Pag.563- 566.
35. SANCHEZ-VEGA, J. T; TAY-ZAVALA, J y Otros: Frecuencia de Trichomonas Vaginalis y Candidiasis y su Relación con la representación Clínica. Revista Latinoamericana de Microbiología. Colombia. 1993. Pag. 73.
36. SIGNORETTI, S. M.; SALOME, N. y Otros:Leucorrea Durante la Gravidéz: Etiología, Incidencia, Diagnóstico clínico por Laboratorio. Rev. Bras. Ginecol Obstet. Brasil. 1984. Doc. 6(4); 133-7.
37. SOBEL J. D.: Infecciones Vaginales en Mujeres Adultas. Med-Clin-North-Am. U.S.A. 1990. Doc. 74(6); p 1573-602.
38. SOBEL J. D. : Vulvovaginitis. Dermatol-clin. U.S.A. 1992. Doc. 10(2); p. 339-59.
39. SOSZKAS; KAZANOWSKA W y Otros: Trichomoniasis en diferentes Etapas en la Vida de las Mujeres. Wiad - Parazytol. Rusia. 1990 Doc 36(5-6); p 211-7.

40. SPARKS, J. M.: **Vaginitis.** J-Reprod-Med; U.S.A. 1991. Doc. 36(10); p.745-52.
41. TAMAYO CALDERON, J.; GONZALES VELASCO, M.: **Fundamentos de la Investigación Científica. En los Servicios Médicos.** Primera Edición. Lima-Perú. 1993. pag. 221.
42. THOMASON J. L. ; GELBART S. M. y SCAGLIONE N. J.: **Vaginosis Bacteriana: Revisión con Indicaciones para Terapia Asintomática.** American Journal of Obstetric and Gynecology. EE.UU. 1991. Doc. 38(8-9); p352-6.
43. UNZEITIG V; BUCEK R. y Otros: **Epidemiología y Diagnóstico en el Ambiente Vaginal. Diagnóstico y Epidemiología de Vaginosis Bacterial.** Cesk-Gynecol. Rusia. 1991. Doc. 56(4); p 247-52.

IX.

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO Nº 01

COLPITIS EN GESTANTES: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.
PREVALENCIA DE FLUJO VAGINAL ANORMAL.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	PRESENCIA DE FLUJO		AUSENCIA DE FLUJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD						
14 - 18 años	27	08.9	05	08.2	32	08.8
18 - 22 años	73	24.0	20	32.8	93	25.5
22 - 26 años	93	30.6	11	18.0	104	28.5
26 - 30 años	45	14.8	16	26.3	61	16.7
30 - 34 años	32	10.5	06	09.8	38	10.4
34 - 38 años	29	09.5	03	04.9	32	08.8
38 - 42 años	05	01.7	--	----	05	01.4
GRADO DE INSTRUCCION						
Analfabeta	--	----	02	03.3	02	0.5
primaria	61	20.1	16	26.2	77	21.1
secundaria	211	69.4	38	62.3	249	68.2
superior	32	10.5	05	08.2	37	10.2
ESTADO CIVIL						
Soltera	11	03.6	05	08.2	16	04.4
Conviviente	202	66.4	31	50.9	233	63.8
casada	91	30.0	25	40.9	116	31.8
PARIDAD						
0 hijos	104	34.2	14	22.9	118	32.3
1 hijo	61	20.1	19	31.2	80	21.9
2 - 3 hijos	91	30.0	17	27.9	108	29.6
4 - 5 hijos	39	12.8	06	09.8	45	12.3
≥ 6 hijos	09	02.9	05	08.2	14	03.9
TOTAL	304	100.0	61	100.0	365	100.0

FUENTE: F.C.G.H.Y. 1993 - 1994

ANEXO 2

**FORMATO DE COLPITIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DE APOYO Nº 02 DE YARINACocha, PUCALLPA 1,993 - 1,994**

Fecha:

I. DATOS INDIVIDUALES Y SOCIOCULTURALES:

1. Nombre:.....
2. Edad:años
3. Estado civil: Soltera.....1
 Casada.....2
 Conviviente.....3
 Divorciada.....4
 Viuda.....5
4. Grado de instrucción: Analfabeta.....1
 Primaria.....2
 Secundaria3
 Superior.....4

II. DATOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS:

1. IRS:..... años Nº de parejas que tuvo
 1
 Frec. de rel. sexuales
 2

Tipo:

- Vaginal.....1
 Vaginal-anal2

2. FUR: FPP:
3. E.G:.....sem. 3a. Trimestre:.....
4. Nº partos a término:
5. Nº partos pretérmino:
6. Nº abortos:
7. Control pre-natal: 1() 2() 3() 4() 5()
- 7a. Trimestre que inicio CPN: I() II() III()
 E.G. semanas:

8. Flujo vaginal:	Si	1
	No	2
8a.Prurito vulvar:	Si	1
	No	2
8b.Dispareunia:	Si	1
	No	2
8c.Irritación vulvo-vaginal:	Si	1
	No	2
8d.Tiempo de flujo vaginal:	
8e.Antecedentes de flujo:	Si	1
	No.....	2
9. Higiene:		
9.1. Limpieza después de:		
a) Miccionar	Hacia adelante	1
	Hacia atras	2
b) Defecar	Hacia adelante	1
	Hacia atras	2
9.2. Lavado genital:		
a)Baño corporal		1
b)Lavado genital específico		0
Con agua de recipiente aparte		1
Con agua del mismo recipiente		2
9.3. Frecuencia de lavado genital		
	Una vez por día	1
	Dos veces por día	2
	Tres veces por día ...	3
9.4. Sustancia utilizada:		
	Limón	1
	Antiséptico.....	2
	Sangre de grado	3
	Otros	4

III. DATOS DEL CONYUGE:

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Ocupación: | Viajero1 |
| | Militar2 |
| | Chofer3 |
| | Comerciante4 |
| | Empleado5 |
| | Agricultor6 |
| | Otros7 |
| 2. Estabilidad de residencia | |
| | Viaja1 |
| | No viaja2 |

IV. RESULTADOS:

4. FV + Gram:
Muestra: Secreción vaginal.

Resultados:

EXAMEN DIRECTO
Leucocitos
Hematíes
C. epiteliales
Trichomonas
Levaduras

GRAM**LPMN:**

Bacterias gram (-)
Bacterias gram (+)
Bacilos de doderlein
Levaduras
cocos gram (+)
Diplococos:

.Intracelular
.Extracelular

